

صلى الله عليه وسلم





دانشگاه علوم پزشکی قزوین. دانشکده بهداشت

دفاع از پایانامه کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه

بررسی اثربخشی مداخله آموزشی خانواده محور بر اساس مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی بر بهبود وضعیت تغذیه سالم دانش آموزان دبستانی منطقه ۵ تهران

اساتید راهنما

دکتر مریم جوادی

دکتر امیر پاکپور حاجی آقا

استاد مشاور

آقای دکتر محمد علی سلیمانی

ارائه دهنده: الهه علینقی زاده

بهمن ماه ۱۳۹۵

مقدمه

Introduction

بیان مسئله و اهمیت موضوع

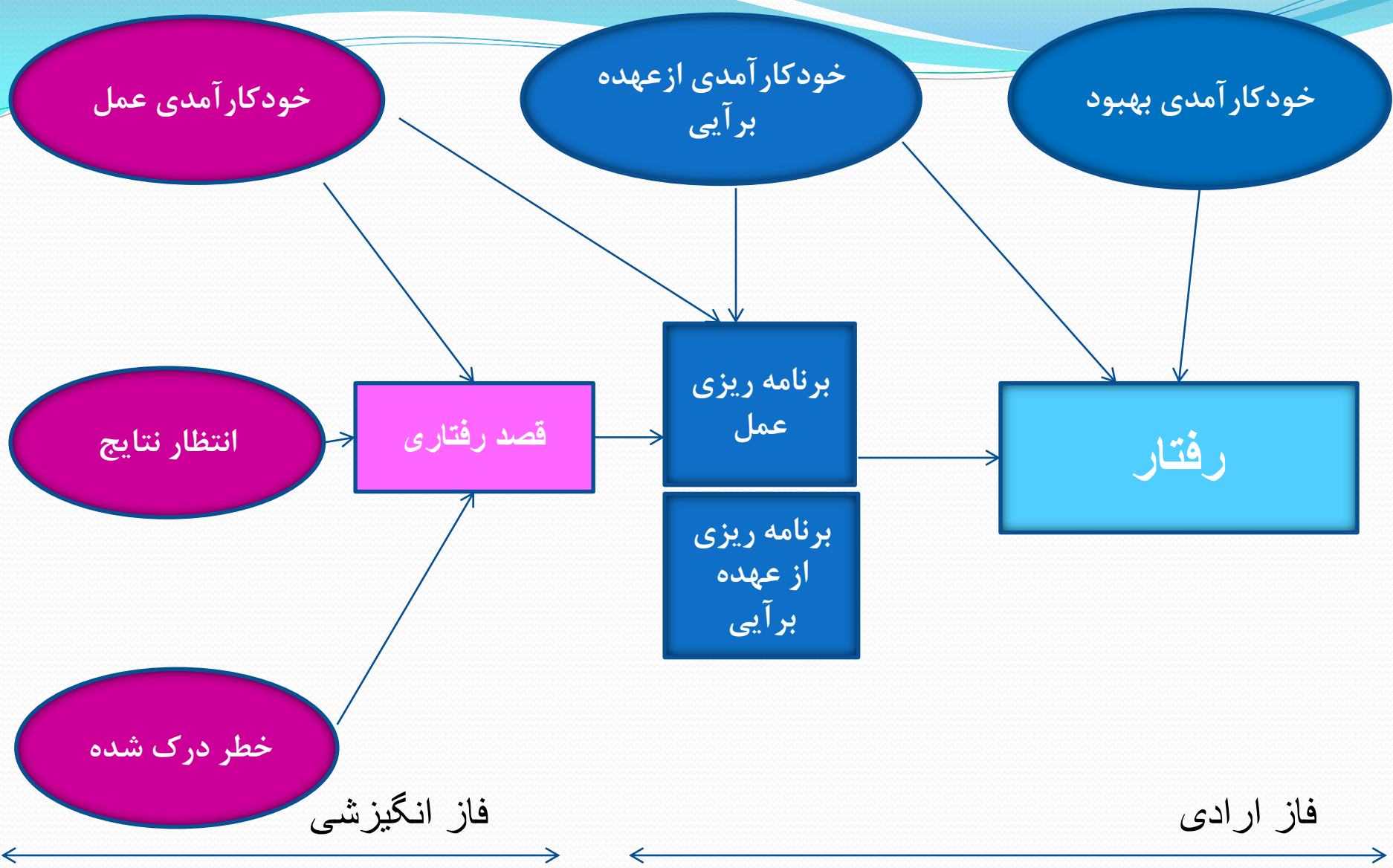
- دوران کودکی یکی از مهمترین دوره های زندگی هر فرد است و نقش کفایت و سلامت رژیم غذایی در این دوران از اهمیت بسیاری برخوردار است^۱ بعضی محققین رابطه عوامل تغذیه‌ای و وزن مناسب با بیماریهای غیر واگیر در کودکان را بررسی نموده اند^{۲،۳}، نتایج این مطالعات حاکی از آن است که تغذیه سالم از جمله مصرف میوه و سبزی و خوردن صبحانه^۴ از رفتارهای تغذیه ای است که در دوران کودکی و با تعالیم والدین، بخصوص مادران^۵ شکل می گیرد و علاوه بر سلامت جسمی کودک بر یادگیری و تمرکز آنها در مدرسه کمک می نماید.^{۳،۴}

- که در این بین عوامل اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات و شغل مادر^۶ جایگاه ویژه دارد. از دیگر عوامل موثر بر تغذیه کودکان، عوامل روان شناختی است^۷هم چنین مداخلات آموزشی که بر پایه رفتار خانوار بنا نهاده شده اند گویای تاثیر مداخلات خانواده محور می باشند^{۸،۹} یکی از این روش ها، آموزش بر پایه مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی است.^{۱۰}

ادامه بیان مسئله و اهمیت موضوع

• در همین راستا اولین بار شوارتز (سال ۲۰۰۸)^{۱۱} رویکرد فرآیند عمل بهداشتی (Health Action Process Approach) برگرفته از نظریه شناختی اجتماعی Bendora را پیشنهاد کرد^{۱۲}. در این مدل، فرآیند تغییر رفتار بهداشتی شامل فاز انگیزشی و فاز ارادی است.^{۱۳} فاز انگیزشی شامل عواملی مانند درک خطر،^{۱۵} انتظار نتایج، خودکارآمدی عمل می باشد^{۱۶} که باعث ایجاد فرآیند تصمیم گیری منجر به رفتار می گردد.

• هنگامی که قصد رفتاری شکل گرفت ، فرد به مرحله ارادی وارد شده است^{۱۷} این فاز شامل برنامه ریزی عمل، برنامه ریزی از عهده برآیی،^{۱۶} خودکارآمدی از عهده برآیی،^{۱۱} خودکارآمدی بهبود است.^{۱۸} که در نهایت منجر به تغییر رفتار بهداشتی در فرد می گردند.



Health Action Process Approach

ادامه بیان مسئله و اهمیت موضوع

- لذا این مطالعه با هدف بررسی مداخله آموزشی خانواده محور بر بهبود وضعیت تغذیه سالم با استفاده از رویکرد فرآیند عمل بهداشتی در دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی منطقه ۵ تهران انجام شد که با تاثیرگذاری مداخلات احتمال دستیابی به ارتقاء عادات تغذیه ای سالم و پیشگیری از بروز بیماری ها در کودکان افزایش می یابد.

اهداف و فرضیات پژوهش



اهداف اصلی و اختصاصی

□ هدف اصلی

- تعیین اثربخشی مداخله آموزشی خانواده محور بر اساس مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی بر بهبود رژیم غذایی سالم دانش آموزان دبستانی منطقه ۵

تهران

- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه خطر درک شده رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه انتظارات نتایج رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه قصد رفتاری رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه خودکارآمدی عمل داشتن رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه خودکارآمدی از عهده برای رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه

ادامه اهداف و اختصاصی

- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه خودکارآمدی بهبود رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه برنامه ریزی عمل داشتن رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات سازه برنامه ریزی از عهده برآیی رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه
- ✚ تعیین و مقایسه میانگین نمرات رفتار رژیم غذایی سالم قبل و بعد از مداخله در مداخله در گروه های تحت مطالعه

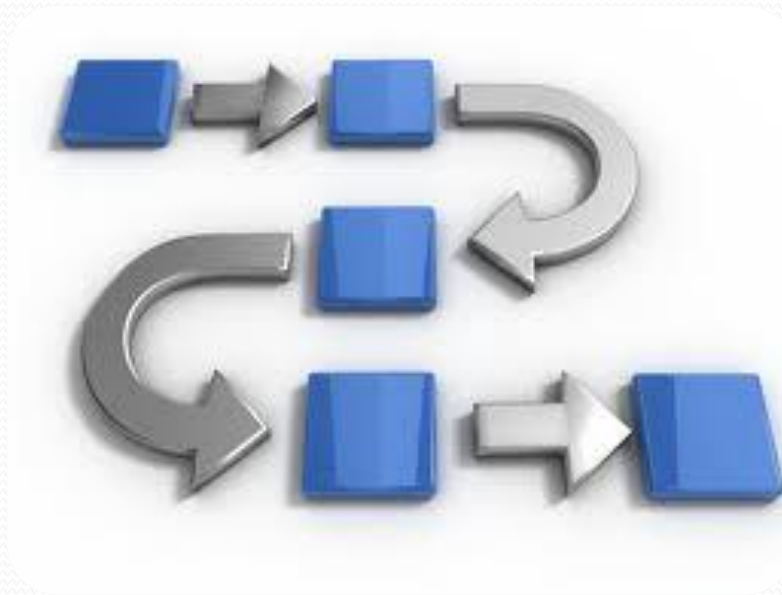
سوالات و فرضیات

- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات سازه خطر درک شده رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات انتظارات نتایج رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات قصد رفتاری رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی عمل داشتن رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی از عهده برایی رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.

ادامه سوالات و فرضیات

- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی بهبود رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات برنامه ریزی عمل داشتن رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات برنامه ریزی از عهده برآیی مصرف رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.
- مداخله آموزشی منجر به افزایش میانگین نمرات رفتار رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله شونده شد.

روش پژوهش



نوع مطالعه : مداخله آموزشی تصادفی خانواده محور

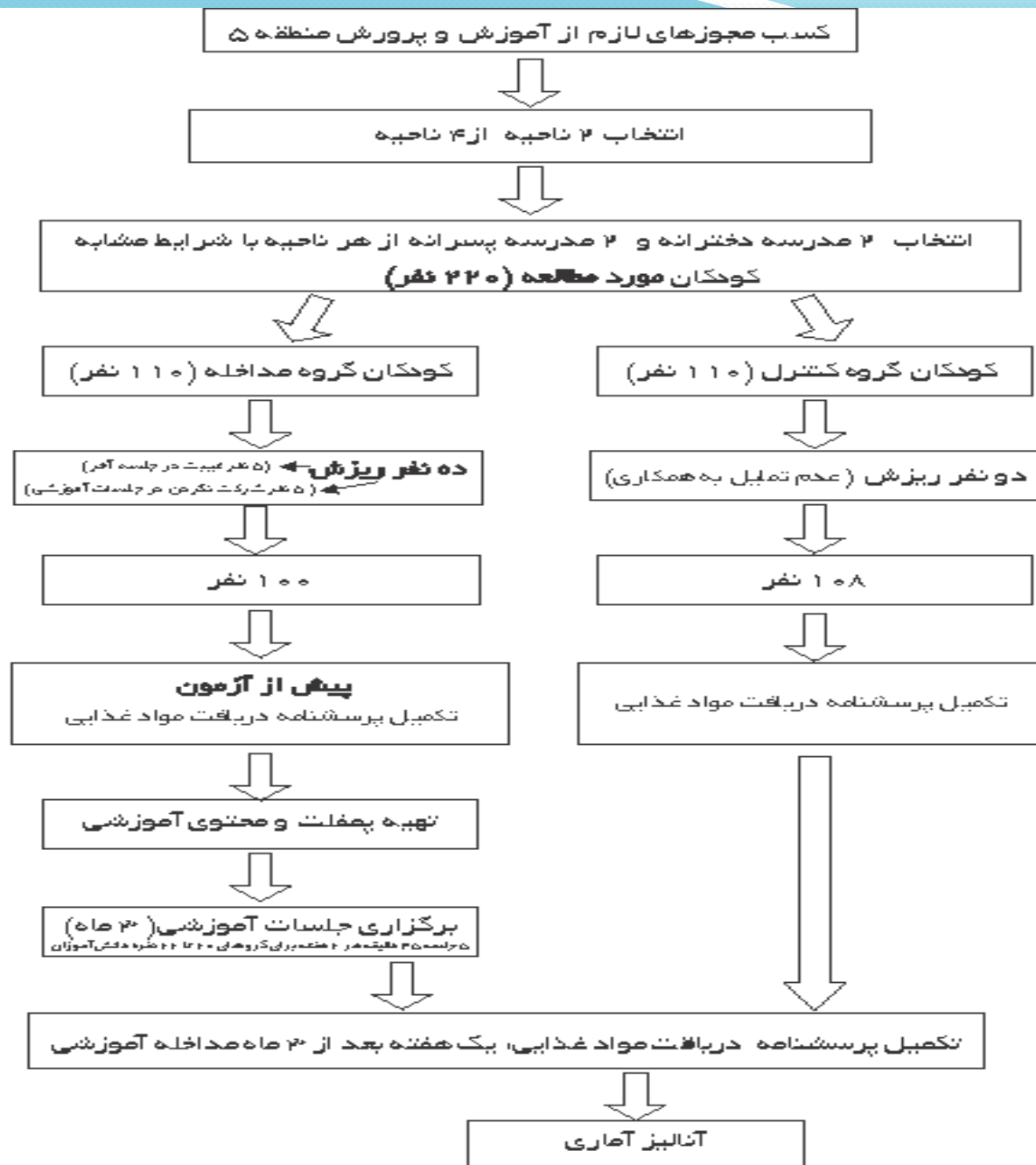
جامعه پژوهش : جامعه پژوهش دانش آموزان پایه چهارم، پنجم و ششم مدارس انتخابی غیر دولتی منطقه ۵ تهران و مادر ایشان
معیار ورود شامل:

- دانش آموزان ۹-۱۳ سال
- دانش آموزانی که فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل نمودند
- کودکانی که تا انتهای سال تحصیلی در آن مدرسه مشغول به تحصیل بودند.
- کودکانی که مبتلا به بیماری جسمی یا روانی خاص نبودند.
- دانش آموزانی که با پدر و مادر خود زندگی می کردند

حجم نمونه

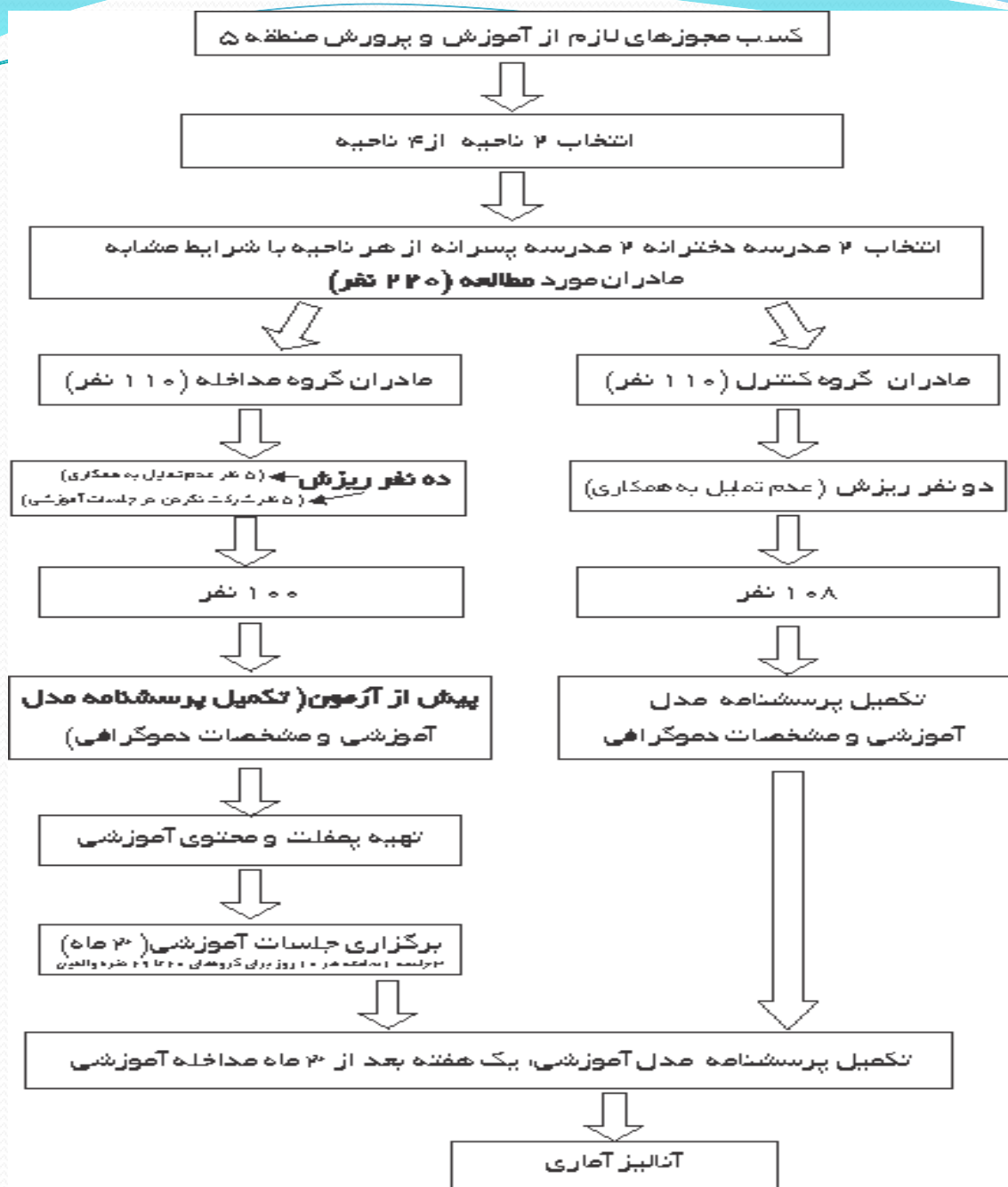
- با توجه به مطالعات قبلی، مداخلات آموزشی میتواند منجر به تفاوت حداقلی ۱۰٪ در میزان بهبود رژیم غذایی سالم در گروه های مداخله و کنترل می شود (اندازه اثر $f^2 = ۰.۴$).^۷ با در نظر گرفتن توان ۸۰ درصدی و بر اساس خطای نوع اول ($\alpha = ۰.۰۵$) و با مدنظر قرار دادن ۱۰ درصد احتمال ریزش با استفاده از روش تحلیل توان و با به کارگیری نرم افزار G power^{۳۵} تعداد کل نمونه ها ۲۲۰ و در هر گروه (مداخله و کنترل) ۱۱۰ برآورد گردید.
- پس از کسب کد اخلاق به شماره IR.QUMS.REC.1390.180 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین شروع به کار شد.

روش کار: مطالعه در دانش آموزان



ادامه روش کار:

مطالعه در مادر دانش آموزان



روش گرد آوری داده ها در مادران

- پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت رضایتنامه کتبی ، اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله ابتدای مطالعه (پیش از مداخله) و در پایان مداخله به کمک پرسشنامه معتبر جمع آوری شد.

- مداخله آموزشی:

- ۳ جلسه یک ساعته آموزشی هر ۱۰ روز یک بار برای گروههای ۲۰-۲۲ نفره به روش سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ ، به کار گیری پاورپوینت و توزیع بروشور آموزشی توسط محقق برگزار شد.

ادامه روش کار:

اهداف آموزشی در جلسات

- جلسه اول:

(آگاه سازی و افزایش سطح دانش و افزایش سطح خطر درک شده)

- جلسه دوم:

(افزایش خودکارآمدی)

- جلسه سوم:

- (برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی از عهده برآمدن)

ادامه روش گرد آوری داده ها در دانش آموزان

- توضیح در مورد موضوع، اهداف، و روش اجرا در خارج از وقت کلاس
- اخذ رضایت نامه
- توضیحاتی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه و مثال برای هریک از واحدهای غذایی
- تکمیل پرسشنامه دریافت مواد غذایی توسط دانش آموزان
- ۵ جلسه ۴۵ دقیقه ای هر دو هفته یکبار
- به صورت ترکیب سخنرانی و بحث گروهی به کمک پاور پوینت، پوستر آموزشی و پمفلت آموزشی توسط محقق برگزار شد.

اهداف آموزشی در جلسات

- جلسه اول: آشنایی با هرم مواد غذایی
- جلسه دوم: اهمیت مصرف صبحانه
- جلسه سوم: اهمیت مصرف شیر و لبنیات و میوه و سبزی
- جلسه چهارم: میان وعده های غذایی سالم
- جلسه پنجم: آشنایی با مضرات غذاهای آماده و نوشابه های گازدار

- گردآوری داده ها : ابزار خودگزارشی
- ابزار تحقیق شامل ۳ بخش می باشد:

(۱) پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: شامل سوالات جنسیت، پایه تحصیلی، میزان تحصیلات و شغل والدین، ابعاد خانوار و وضعیت منزل مسکونی

(۲) پرسشنامه تغذیه سالم براساس مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی

(HAPA)Health Action Process Approach

بخش دوم شامل سوالاتی با هدف اندازه گیری سازه های الگوی HAPA بود. این پرسشنامه در ۹ مقیاس متفاوت، ۹ سازه رویکرد فرآیند عمل بهداشتی را مورد اندازه گیری قرار داد. هر یک از مقیاس ها، حاوی یک پایه و تعدادی سوال بود. لذا از شرکت کنندگان خواسته شد که پس از خواندن پایه سؤال ها به سؤال ها مرتبط با آن در طیف لیکرتی ۶ تایی پاسخ دهند. این پرسشنامه توسط والدین قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. پایایی و روایی پرسشنامه مذکور توسط غلامی و همکاران مورد تایید قرار گرفته است.^۷

YAQ (Youth/ Adolescent Questionnaire)

مطابق الگوی رویکرد اقدام بهداشتی به منظور اندازه گیری رفتار، پرسشنامه YAQ که پرسشنامه بسامد دریافت غذایی نوجوانان و جوانان نام دارد شامل ۱۴۷ سوال و دارای چند بخش مجزا مانند گروه نان و غلات، لبنیات، میوه و سبزی، گروه گوشت، گروه چربی ها و خوراکی های سالم و ناسالم می باشد توسط هر یک از دانش آموزان قبل و بعد از مداخله در حضور محقق تکمیل گردید تا به سوالات پیش آمده جواب بدهند. پرسشنامه YAQ برای ارزیابی الگوی رژیم غذایی در بین دانش آموزان مورد استفاده قرار میگیرد. که این پرسشنامه برای کودکان ۹-۱۹ ساله روایی و پایایی شده است. که در این مطالعه باتوجه به فرهنگ ایرانی مورد استفاده قرار گرفت.

همچنین به منظور بررسی پایایی و روایی پرسشنامه ها از ۳ روش استفاده شد. این روش ها شامل: (۱) بررسی روایی محتوا و روایی صوری (۲) آنالیز سوالات و (۳) تحلیل عاملی اکتشافی بودند.

- در این مطالعه، ابتدا داده‌های جمع‌آوری شده کدگذاری شد و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند
- همسان بودن گروه‌های آزمون و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیکی
- متغیرهای دموگرافی کمی: آزمون تی مستقل
- متغیرهای دموگرافی کیفی: کای اسکوئر و من ویتنی
- روشهای آماری به دو بخش تقسیم می‌شود:

(۱) بررسی پیش‌گویی کننده مدل

نرم افزار Lisrel و آزمون آماری آنالیز مسیر (path analyze)

(۲) اثر بخشی روش آموزشی

آنالیز کواریانس (ANCOVA)

تجزیه و تحلیل آماری:

- برای بررسی برازش مدل چندین شاخص استفاده شد از قبیل:

آزمون کای مربع	chi-squared
نیکویی برازش	goodness-of-fit
شاخص تاکر لوئیس	Tucker-Lewis index (TLI)
شاخص برازش تطبیقی	comparative fit index (CFI)
ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد	root mean square error of approximation (RMSEA)

- مقادیر به دست آمده برای شاخص های برازش مدل مسیر

۰.۶۷/۰	RMSEA
۰.۰/۱	CFI
۰.۰/۱	TLI
۰.۳۴/۰	p-valu

- مطابق با هیو و بنتلر (۱۹۹۹) اگر CFI و TLI بالای ۰/۹۵ درصد و RMSEA کمتر از ۰/۰۶ درصد باشد، نشان دهنده برازش مناسب مدل می باشد.

نتائج



- میانگین سن دانش آموزان:

بیش از ۳۵ درصد دانش آموزان دو گروه در رده سنی ۱۰ سال بودند.

- میانگین جنسیت و وضعیت تحصیلی دانش آموزان :

در گروه های مداخله و کنترل بیش از ۴۶ درصد دانش آموزان دختر و بیش از ۵۱ درصد آنها پسر بودند. همچنین بیش از ۳۵ درصد دانش آموزان در پایه چهارم مشغول به تحصیل هستند.

- وضعیت تحصیلات و شغل والدین:

بیش از ۵۵ درصد پدران و ۵۸ درصد مادران در هر دو گروه مورد و کنترل دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند و همچنین در هر دو گروه مورد و کنترل ۴۷ درصد پدران دارای شغل آزاد و بیش از ۶۷ درصد مادران خانه دار بودند.

دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیتی در ابتدای مطالعه مورد مقایسه قرار گرفتند. برپایه آزمون تی مستقل و کای اسکوئر بین متغیرهای جمعیتی همچون سن، جنسیت، پایه تحصیلی، تحصیلات و شغل والدین، بعد و وضعیت منزل مسکونی خانواده تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی (HAPA) نسبت به رفتار تغذیه سالم در والدین گروه های مداخله و کنترل قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی

P*	F(df)	بعد از آموزش		قبل از آموزش		متغیر	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
P < ۰/۰۰۱	۶۶/۱۷ (۱)	۱/۲۹۵۹	۳/۶۰۱۲	۱/۲۸۷۴	۳/۵۸۹۳	گروه کنترل	خطر درک شده
		۱/۳۰۰۳	۳/۳۵۶۲	۱/۳۷۲۹	۳/۵۲۰۵	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۳۹/۹۱ (۱)	۱/۲۶۱۸	۴/۱۶۶۷	۰/۸۴۵۶	۳/۷۹۱۷	گروه کنترل	انتظار نتایج
		۰/۷۴۸۶	۳/۸۹۷۳	۰/۹۵۴۲	۳/۷۴۶۶	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۶۹/۸۱ (۱)	۱/۲۶۱۸	۴/۱۶۶	۱/۲۹۳۸	۴/۱۹۰۵	گروه کنترل	خودکارآمدی عمل
		۱/۰۸۱	۴/۱۸۴۹	۱/۰۵۵	۴/۰۳۴	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۲۸/۵۸ (۱)	۱/۳۰۳۳	۴/۳۴۵۲	۱/۳۷۹۸	۴/۳۹۲۹	گروه کنترل	خودکارآمدی از عهده برآیی
		۱/۰۲۴	۳/۵۸۲۲	۱/۰۴۷	۴/۳۶۹۹	گروه مداخله	

مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی (HAPA) نسبت به رفتار تغذیه سالم در والدین گروه های مداخله و کنترل قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی

P*	F(df)	بعد از آموزش		قبل از آموزش		متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P < ۰/۰۰۱	۵۳/۸۰ (۱)	۱/۳۳۹۴	۴/۳۲۱۹	۱/۳۰۱۶	۴/۲۸۰۸	گروه کنترل
		۱/۲۶۶۰	۴/۶۰۷۱	۱/۳۳۶۴	۴/۵۷۷۴	گروه مداخله
P < ۰/۰۰۱	۵۷/۱۴ (۱)	۰/۸۳۳۱	۴/۸۵۷۱	۰/۸۵۸۵	۴/۸۸۸۹	گروه کنترل
		۰/۹۰۰۶	۴/۸۰۳۷	۱/۰۲۶۸	۴/۵۳۸۸	گروه مداخله
P < ۰/۰۰۱	۵۰/۲۰ (۱)	۱/۲۷۳۴	۴/۵۴۱۷	۱/۲۷۳۴	۴/۵۴۱۷	گروه کنترل
		۱/۴۶۲۳	۴/۲۸۷۷	۱/۵۳۶۸	۳/۷۶۰۳	گروه مداخله
P < ۰/۰۰۱	۸۳/۶۵ (۱)	۱/۱۱۶۸	۴/۶۰۷۱	۱/۱۵۰۲	۴/۶۷۸۶	گروه کنترل
		۱/۲۰۱۶	۴/۵۶۱۶	۱/۲۴۳۵	۴/۴۲۴۷	گروه مداخله

P* ANCOVA

مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی (HAPA) نسبت به رفتار تغذیه سالم در والدین گره های مداخله و کنترل قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی

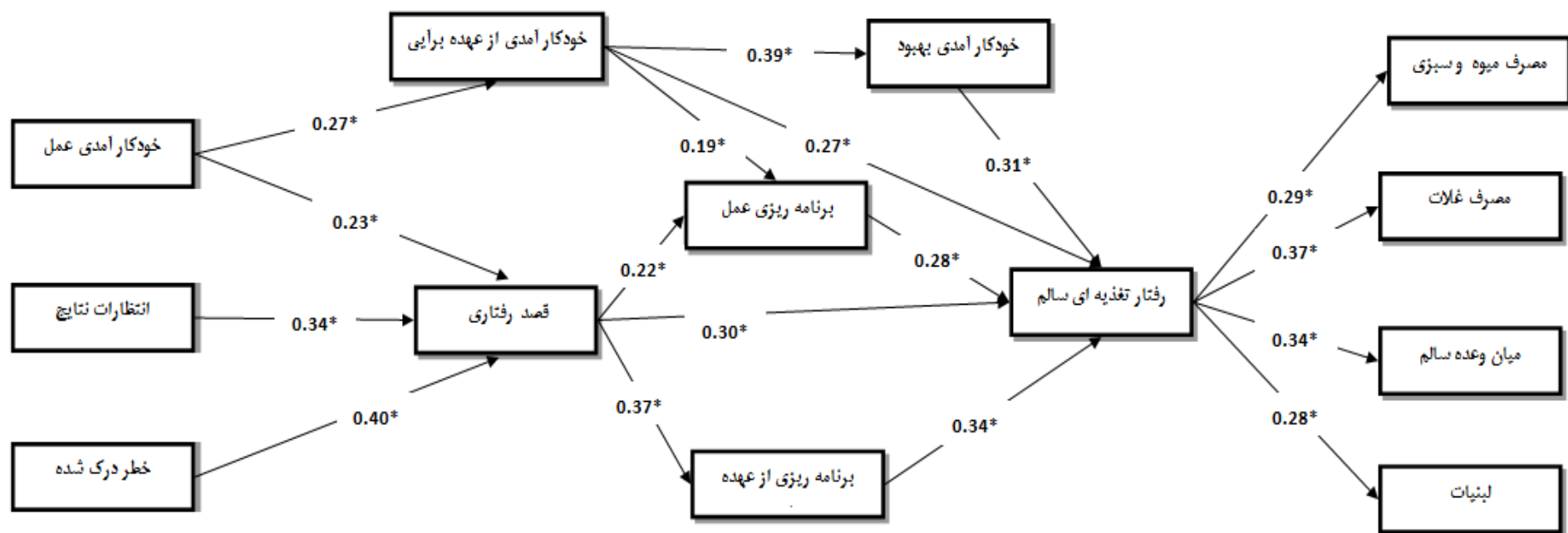
P*	F(df)	بعد از آموزش		قبل از آموزش			متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
P < ۰/۰۰۱	۵۴۲/۴۰۵ (۱)	۳/۵۰۵۲	۱۱/۵۲۱۷	۲/۵۸۱۹	۷/۲۹۵۷	گروه کنترل	بار مصرف غذاهای آماده
		۳/۸۷۷۳	۱۱/۹۸۸۸	۲/۸۵۷۸	۷/۹۴۳۸	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۲۷۲/۷۹ (۱)	۶/۵۵۰۴	۳۳/۲۷۳۸	۶/۹۵۴۴	۳۲/۷۲۹۷	گروه کنترل	بار مصرف شیر و لبنیات
		۷/۵۶۴۱	۳۸/۶۰۶۷	۷/۳۵۲۶	۳۴/۹۰۱۴	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۵/۱۶ (۱)	۶/۱۲۲۹	۳۰/۲۰۸۷	۶/۰۱۶۶	۲۸/۱۰۴۳	گروه کنترل	بار مصرف گوشت و حبوبات
		۶/۴۱۱۳	۳۱/۶۰۶۷	۶/۲۹۹۸	۲۸/۷۵۲۸	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۲/۷۵ (۱)	۴/۷۲۶۷	۱۵/۷۹۱۳	۴/۷۴۶۶	۱۵/۸۵۲۲	گروه کنترل	بار مصرف چربی ها
		۴/۱۷۶۶	۱۷/۱۴۶۱	۴/۴۳۷۷	۱۷/۲۵۸۴	گروه مداخله	

مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی (HAPA) نسبت به رفتار تغذیه سالم در والدین
گروه های مداخله و کنترل قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی

P*	F(df)	بعد از آموزش		قبل از آموزش		متغیر	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
P < ۰/۰۰۱	۱/۴۵ (۱)	۸/۴۳۲۷	۳۳/۵۲۱۷	۸/۹۰۶۸	۳۲/۵۹۱۳	گروه کنترل	بار مصرف میوه جات
		۷/۵۹۵۵	۳۵/۹۸۸	۷/۸۷۳۸	۳۲/۹۵۵۱	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۷/۲۱ (۱)	۱۱/۱۰۲۳	۴۰/۴۱۷۴	۱۱/۴۰۵۸	۳۹/۷۶۵۲	گروه کنترل	بار مصرف سبزیجات
		۱۱/۱۷۲۸	۴۵/۰۸۹۹	۱۱/۵۵۹۶	۴۳/۱۷۹۸	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۴/۹۳ (۱)	۷/۴۲۵۵	۳۲/۳۳۹۱	۷/۵۹۷۶	۳۲/۱۷۳۹	گروه کنترل	بار مصرف میان وعده سالم
		۷/۳۶۴۷	۳۵/۱۴۶۱	۷/۶۴۰۸	۳۴/۱۲۳۶	گروه مداخله	
P < ۰/۰۰۱	۱/۸۳ (۱)	۵/۲۶۲۴	۱۹/۷۹۱۳	۵/۶۱۱۶	۲۰/۲۹۵۷	گروه کنترل	بار مصرف میان وعده ناسالم
		۴/۴۹۵۸	۱۸/۹۴۳۸	۵/۱۳۶۳	۲۰/۱۲۳۶	گروه مداخله	

P* ANCOVA

ضرایب آنالیز مسیر برای پیش بینی رفتار رژیم غذایی سالم دانش آموزان توسط سازه های الگوی رویکرد فرآیند عمل بهداشتی



* ضرایب رگرسیونی

بحث و نتیجه گیری



- در این مطالعه سازه های برنامه ریزی ، خودکارآمدی بهبود و خودکارآمدی از عهده برآیی در فاز ارادی در والدین به طور مثبتی با رفتار تغذیه ای سالم در دانش آموزان که شامل مصرف بیشتر غلات، میان وعده سالم، میوه و سبزی و لبنیات و مصرف کمتر چربی ها، غذاهای آماده و میان وعده های غذایی سالم بود، ارتباط معنی داری داشت.
- این یافته ها با نتایج مطالعه Lippke S و همکاران (۲۰۰۴) ^{۱۹} که یک مداخله خانواده محور برای افزایش سبک سالم زندگی بروی ۵۷ نفر بزرگسال در کانادا انجام شد و مطالعه Schmied E و همکاران (۲۰۱۴) ^{۲۰} که یک مداخله خانواده محور برای ارتقاء تغذیه سالم بروی ۱۸۰ نفر از مادران خانواده های لاتینی ایالت متحده انجام شد همخوانی داشت.

- همچنین مطالعه Curtis و همکارانش (۲۰۰۰-۱۹۹۸) ^{۲۱} که در بین ۱۶۹ خانواده انگلیسی با هدف افزایش مصرف غذاهای نشاسته دار کم چرب و کاهش مصرف چربی انجام شد گویای تاثیر بسزای خانواده بر مداخلات آموزشی می باشد. مطالعه خانواده محور Pearson (۲۰۱۰) ^{۲۲} و مطالعه Haire-Joshu (۲۰۰۸) ^{۲۳} با مطالعه حاضر هم راستا می باشند.
- در نتیجه می تواند نقش محوری والدین در انتقال مفاهیم بهداشتی و تاثیر مشارکت والدین در برنامه های ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان را مورد تایید قرار دهد.

- این مطالعه یک برنامه مداخله آموزش سلامت است که با توجه به مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی انجام شد. بر اساس بررسی ما تا کنون، هیچ مطالعه ای در کشور رفتار تغذیه ای دانش آموزان را با استفاده از نظریه رویکرد فرآیند عمل بهداشتی بررسی نکرده است. و بسیاری از مطالعات بر پایه مدل ها از جمله :الگوی اعتقاد بهداشتی، تئوری برنامه ریزی شده، تئوری شناختی اجتماعی بندورا می باشد.
- مطالعه Carla K (۲۰۱۵) ^{۲۴} که اثر آموزش بر پایه اعتقاد بهداشتی بر کیفیت رژیم غذایی بیماران دیابتی را مورد بررسی قرار داد که نتایج استفاده از مدل را مثبت نشان داد.
- یافته های مطالعه زنده طلب (۲۰۱۲) ^{۲۵} که آگاهی دانش آموزان را با استفاده از نظریه تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان مشهود مورد بررسی قرار داد.
- مطالعه پیرزاده (۲۰۰۸) ^{۲۶} تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه ای دانش آموزان دختر دوم راهنمایی در اصفهان انجام شد نیز حکایت از تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل آموزشی بر تغییر رفتارهای تغذیه ای دارد.

- حال آنکه مطالعه Lubans DR و همکاران (۲۰۱۱) ۳۵ که با هدف تست ظرفیت تئوری شناختی - اجتماعی بندورا برای توضیح رفتارهای غذایی بر روی ۳۵۷ دختر نوجوان منطق محروم استرالیا انجام شد. نشان داد مدل SCT برای توضیح رفتارهای غذایی در دختران نوجوان مناسب نیست که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی نداشت.
- مطالعات نامبرده بیانگر این مطلب می باشد که در تمامی این مطالعات استفاده از یک چارچوب نظری خاص در ایجاد، و اجرای آموزش بهداشت موثر واقع می شود. و همین امر باعث شد به سمت اجرای برنامه های آموزشی بر پایه تئوری های بهداشتی بر تغییر رفتارهای تغذیه ای برویم.
- مطالعات دیگری نیز وجود دارد که از تئوری رویکرد فرآیند عمل بهداشتی استفاده شده است اما متغیرهای وابسته آنها با مطالعه حاضر متفاوتند.

نویسنده، سال	عنوان مقاله	گروه هدف	مدت مداخله	نتیجه
بارگ و همکاران ^{۲۷} (۲۰۱۰)	بررسی پیش بینی کننده های فعالیت جسمانی در زنان میانسال غیرفعال با کاربرد الگوی «HAPA	زنان میانسال	۱۲ هفته	داده ها به خوبی با الگو برازش دارند.
چاوو و مولان ^{۲۸} (۲۰۰۹)	پیش بینی بهداشت مواد غذایی و تعیین نقش عوامل اجتماعی و رفتار گذشته	دانشجوی سال اول مقطع کارشناسی		الگوی اصلی HAPA ۸/۳۰ درصد واریانس قصد و ۱۷ درصد واریانس رفتار را پیش بینی کرد که به طور مناسبی از کارآیی الگو برای پیش بینی رفتار ایمنی مواد غذایی حمایت می کرد
دونکه و همکاران ^{۲۹} (۲۰۰۹)	انگیزش و مشارکت در فاز سوم توانبخشی قلبی : کاربرد رویکرد فرآیند عمل بهداشتی	بیماران توانبخشی قلبی	۶ ماه	تفاوت گروه ها در انتظار نتایج و خطر درک شده تایید شد.
قیسی و همکاران ^{۳۰} (۲۰۱۴)	عوامل تعیین کننده رفتار در بین بیماران توانبخشی قلبی درافت کننده مداخله آموزشی : کاربرد رویکرد فرآیند عمل بهداشتی	بیماران توانبخشی قلبی	۶ ماه	برنامه های آموزشی بر اساس مدل با آگاهی بیشتر و رفتار ورزشی مورد انتظار ارتباطی نداشت
استکا و همکاران ^{۳۱} (۲۰۱۴)	تغییر رفتارهای غذایی در بیماران قلبی و فشار خون بالا: مطالعه طولی با استفاده از رویکرد فرآیند عمل بهداشتی	بیماران قلبی و فشار خون بالا	۶ ماه مداخله ۱۲ ماه فالوآپ	تغییری در رفتار غذایی بیماران فشار خون بالا دیده نشد. در حالی که رژیم غذایی بیماران قلبی بعد از ۶ ماه بهبود یافت و پس از آن رژیم غذایی سالمی داشتند.

بحث و نتیجه گیری:

- ضرایب آنالیز مسیر در مطالعه حاضر نشان داد در فاز انگیزشی، خطر درک شده، انتظار نتایج و خودکارآمدی عمل با قصد انجام رفتار تغذیه سالم مرتبط بودند
- این نتایج با مطالعه طولی Ralf Schwarzer و همکارانش (۲۰۰۶) ۳۲ که با استفاده از مدل HAPA، رفتارهای تغذیه ای و خودکارآمدی و برنامه ریزی را در ۷۰۰ کاربر اینترنت ۱۶-۷۸ سال به مدت ۴ هفته مورد بررسی قرار داد، همخوانی داشت.
- این الگو قادر به پیش گویی ۳۵ دصد واریانس رفتار استفاده از نخ دندان بود. این مدل به طور موفقیت آمیزی پیشگویی رفتارهای بهداشتی مختلف در محدوده ۳۱-۶۹ درصد واریانس در قصد و ۱۵-۷۳ درصد واریانس در رفتار بوده است که با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت.

بحث و نتیجه گیری:

- یافته های این مطالعه نشان داد که سه سازه خودکارآمدی شروع عمل، انتظارات پیامد و درک خطر، پیش بینی کننده قصد رفتاری در این مدل؛ می باشند که با مطالعه Zhou و همکاران (۲۰۱۳) (شماره رفراانس) در چین، همچنین Radtke و همکاران (۲۰۱۴) (شماره رفراانس) در سوئیس و انگلیس همخوانی ندارند. در این مطالعات برخلاف مطالعه حاضر نه تنها فقط سازه خودکارآمدی شروع عمل به طور معنی داری با قصد رفتاری ارتباط داشته؛ بلکه در بین سازه های مختلف پیش بینی کننده قصد رفتاری بیشترین ضریب بتا رانیزبه خود اختصاص داده است.

نتیجه گیری نهایی:

- مداخلات آموزشی به خصوص مداخلات از نوع خانواده محور بر اساس مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی می تواند منجر به بهبود وضعیت تغذیه سالم دانش آموزان گردد. مطالعاتی که به بررسی مداخلات آموزشی بر اساس این مدل پرداخته باشند بسیار انگشت شمار هستند در حالی که بررسی های نسبتا خوبی بین مداخلات آموزشی و رفتار تغذیه ای به صورت مجزا در میان نوجوانان، جوانان و بزرگسالان در کشورهای مختلف جهان صورت گرفته است.
- بنابراین با آموزش تغذیه سالم با تاکید بر مشارکت والدین در سطح مدارس کشور می تواند علاوه بر ارتقاء سلامتی آنها به کاهش بیماری های غیرواگیردار و به دنبال آن کاهش هزینه های درمانی دست یافت.


سرکار خانم دکتر الهه علینقی زاده، سلام

مقاله ارسالی شما به پایگاه مجله ی عدد درون ریز و متابولیسم ایران، دو ماهنامه پژوهشی مرکز تحقیقات عدد درون ریز و متابولیسم، با موفقیت دریافت شده است. برای بررسی وضعیت مقاله خود می توانید با نام کاربری خود در پایگاه وارد شده و به صفحه شخصی خود بروید.

عنوان مقاله: ارتباط متغیرهای روانی-اجتماعی در مادران با رفتار تغذیه سالم دانش آموزان دبستان منطقه 5: کاربرد ارزشیابی رویکرد فرایند عمل بهداشتی

کد رهگیری مقاله: A-10-2307-1

اطلاعات لازم برای ورود به پایگاه:

نام کاربری: elahe_anz

رمز عبور: [ورود مستقیم]

کبری — نالدا

مدیر اجرایی مجله عدد درون ریز و متابولیسم ایران

Dear Ms elahe alinaghizadeh

Your article with the following title is received by the Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism site. You can login to the Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism site on www.ijem.sbmu.ac.ir site and track your article using the following information:

Article title: Association of mothers' psychosocial – social characteristics to nutritional healthy behavior of primary school students in Tehran: an application of the Health Action Process Approach (HAPA)

Article code: A-10-2307-1

Your login information:

Username: elahe_anz

Password: [Direct Login]

Sincerely,
Kobra-Nakhoda,
Managing Editor,
Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism
Phone: +98 21 22418942
Fax: + 98 21 22418942

References:

- (١) Krause, M.; Mahan, L.; Escott-Stump, S.; Raymond, J.: Krause's food & the nutrition care process. Elsevier Health Sciences 2016, 252-275.
- (٢) Holick, M. F.: Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. The American journal of clinical nutrition 2004, 80, 1678S-1688S.
- (٣) Ning, H.; Labarthe, D. R.; Shay, C. M.; Daniels, S. R.; Hou, L.; Van Horn, L.; Lloyd-Jones, D. M.: Status of Cardiovascular Health in US Children Up to 11 Years of Age The National Health and Nutrition Examination Surveys 2003–2010. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 2015, 8, 164-171.
- (٤) Rampersaud, G. C.; Pereira, M. A.; Girard, B. L.; Adams, J.; Metzl, J. D.: Breakfast habits, nutritional status ,body weight, and academic performance in children and adolescents. Journal of the American Dietetic Association 2005, 105, 743-760.
- (٥) Kiefner-Burmeister, A. E.; Hoffmann, D. A.; Meers, M. R.; Koball, A. M.; Musher-Eizenman, D. R.: Food consumption by young children: A function of parental feeding goals and practices. Appetite 2014, 74, 6-11.
- (٦) van Ansem, W. J.; Schrijvers, C. T.; Rodenburg, G.; van de Mheen, D.: Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2014, 11, 1.

- (٧)Gholami, M.; Lange, D.; Luszczynska, A.; Knoll, N.; Schwarzer, R.: A dietary planning intervention increases fruit consumption in Iranian women. *Appetite* 2013, 63, 1-6.
- (٨)Ajzen, I.: The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991, 50, 179-211.
- (٩)Maddux, J. E.; Rogers, R. W.: Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of experimental social psychology* 1983, 19, 469-479.
- (١٠)Schwarzer, R.: Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology* 1999. ١٢٧-١١٥ , ٤ ,
- (١١)Schwarzer, R.: Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology* 2008, 57, 1-29.
- (١٢)Bandura, A.: Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology* 2001, 52, 1-26.
- (١٣)Spijkers, W.; Jansen, D. E.; de Meer, G.; Reijneveld, S. A.: Effectiveness of a parenting programme in a public health setting: a randomised controlled trial of the positive parenting programme (Triple P) level 3 versus care as usual provided by the preventive child healthcare (PCH). *BMC Public Health* 2010, 10, 131.
- (١٤)Scholz, U.; Keller, R.; Perren, S.: Predicting behavioral intentions and physical exercise: a test of the health action process approach at the intrapersonal level. *Health psychology* 2009, 28, 702.
- (١٥)Rosenstock, I. M.: Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior* 1974, 2, 328-335.

- (١٢) Schwarzer, R.; Renner, B.: Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology* 2000, 19, 487.
- (١٣) Dumitrescu, A. L.; Wagle, M.; Dogaru, B. C.; Manolescu, B.: Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes ,knowledge, and current behavior. *Journal of oral science* 2011, 53, 369-377.
- (١٤) Schwarzer, R.; Richert, J.; Kreausukon, P.; Remme, L.; Wiedemann, A. U.; Reuter, T.: Translating intentions into nutrition behaviors via planning requires self-efficacy: evidence from Thailand and Germany. *International Journal of psychology* 2010, 45, 260-268.
- (١٥) Lippke, S.; Plotnikoff, R. C.: Testing two principles of the Health Action Process Approach in individuals with type 2 diabetes. *Health Psychology* 2014, 33, 77.
- (٢٠) Schmied, E.; Parada, H.; Horton, L.; Ibarra, L.; Ayala, G.: A Process Evaluation of an Efficacious Family-Based Intervention to Promote Healthy Eating The Entre Familia: Reflejos de Salud Study. *Health Education & Behavior* 2015, 1090198115577375.
- (٢١) Curtis, P. J., Adamson, A. J., & Mathers, J. C. (2012). (Effects on nutrient intake of a family-based intervention to promote increased consumption of low-fat starchy foods through education, cooking skills and personalised goal setting: the Family Food and Health Project. *Br J Nutr*, 107(12), 1833-1844.
- (٢٢) Pearson, N., Atkin, A. J., Biddle, S. J., & Gorely, T. (2010). (A family-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in adolescents: a pilot study. *Public health nutrition*, 13(06), 876-885 .

- (۲۳) Haire-Joshu, D., Elliott, M. B., Caito, N. M., Hessler, K., Nanney, M. S., Hale, N., . . . Brownson, R. C. (2008). High 5 for Kids: the impact of a home visiting program on fruit and vegetable intake of parents and their preschool children. *Prev Med*, 47(1), 77-82.
- (۲۴) Miller, C. K., Weinhold, K. R., & Nagaraja, H. N. (2016). Impact of a Worksite Diabetes Prevention Intervention on Diet Quality and Social Cognitive Influences of Health Behavior: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Educ Behav*, 48(3), 160-169 e161
- (۲۵) Zendehtalab, H. R. (2014). The effect of intervention based on the theory of planned behavior on improving nutritional behaviors of students
- (۲۶) Pirzadeh A, H. M., Entezari M, Hasanzadeh A. (2010). The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students. *zahedan journal of research in medical sciences*, 13(1), 23-27.(In persian)
- (۲۷) Barg, C. J., Latimer, A. E., Pomery, E. A., Rivers, S. E., Rench, T. A., Prapavessis, H., & Salovey, P. (2012). Examining predictors of physical activity among inactive middle-aged women: An application of the health action process approach. *Psychology & health*, 27(7), 829-845.
- (۲۸) Chow, S., & Mullan, B. (2010). Predicting food hygiene. An investigation of social factors and past behaviour in an extended model of the Health Action Process Approach. *Appetite*, 54(1), 126-133 .
- (۲۹) Dohnke, B ,.Nowossadeck, E., & Müller-Fahrnow, W. (2010). Motivation and participation in a phase III cardiac rehabilitation programme: an application of the health action process approach. *Research in sports medicine*, 18(4), 219-235.

- (٣٠) de Melo Ghisi, G .L.; Grace, S. L.; Thomas, S.; Oh, P.: Behavior determinants among cardiac rehabilitation patients receiving educational interventions: An application of the health action process approach. *Patient education and counseling* 2015, 98, 612-621.
- (٣١)Steca, P., Pancani, L., Greco, A., D'Addario, M., Magrin, M. E., Miglioretti, M., . . . Cesana, F. (2015). Changes in dietary behavior among coronary and hypertensive patients: A longitudinal investigation using the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 316-339.
- (٣٢)Schwarzer, R., Schuz, B., Ziegelmann, J. P., Lippke, S., Luszczynska, A & ,Scholz, U. (2007). Adoption and maintenance of four health behaviors: theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. *Ann Behav Med*, 33(2), 156-166. doi: 10.1080/08836610701308221
- (٣٣) Zhou, G ;.Gan, Y.; Knoll, N.; Schwarzer, R.: Proactive coping moderates the dietary intention–planning–behavior path. *Appetite* 2013, 70, 127-133.
- (٣٤)Radtke, T.; Kaklamanou, D.; Scholz, U.; Hornung, R.; Armitage, C. J.: Are diet-specific compensatory health beliefs predictive of dieting intentions and behaviour? *Appetite* 2014, 76, 36-43.
- (٣٥)Lubans, D. R., Plotnikoff, R. C., Morgan, P. J., Dewar, D., Costigan, S., & Collins, C. E. (2012). Explaining dietary intake in adolescent girls from disadvantaged secondary schools. A test of Social Cognitive Theory. *Appetite*, 58(2), 517-524.
- (٣٦) Lhakhang, P., Godinho, C., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2014). A brief intervention increases fruit and vegetable intake. A comparison of two intervention sequences. *Appetite*, 82, 103-110.

تقدیر و تشکر :

- تشکر فراوان از پدر و مادرم که در مسیر کسب علم و دانش همیشه مشوقم بودند.

- تشکر فراوان از همسرم که با صبر و شکیبائی خود زمینه مسائد را برای نگارش این پایانامه فراهم نمود و پسر عزیزم که در این مدت ناملایمتی هایم را صبوری کرد.



تقدیر و تشکر:

از اساتید محترم سرکار خانم دکتر جوادی، جناب آقای دکتر پاکپورو
جناب آقای دکتر سلیمانی که در طول این مدت مرا یاری رساندند
کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تشکر و سپاس از مسئولین بزرگوار، همکاران محترم آموزش و پژوهش
دانشکده

تقدیر و تشکر از داوران محترم